

任意接種用予防接種予診票 大人用 (13歳以上の方はこの用紙をお使いください)

接種予定日時 月 日() 時 分

予防接種名	麻疹風疹混合 日本脳炎 水痘 おたふくかぜ 肺炎球菌 その他(<u>帯状疱疹</u>)				
					診察前の体温 度 分
住所				電話	
氏名	ふりがな	男女	生年月日 大・昭・平	年 月 日	() 歳
質問事項				解答欄	医師記入欄
今日体に具合の悪いところがありますか あれば具合の悪い症状を書いてください ()				はい・いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか 病名 () 治療(投薬)などを受けていますかその病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもいいと言われましたか				はい・いいえ はい・いいえ	
生まれてから今までに特別な病気(心臓、血液、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか 病名 ()				はい・いいえ	
最近1か月以内に、熱が出たり病気にかかったりしましたか 病名 ()				はい・いいえ	
1か月以内に、家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名 ()				はい・いいえ	
1か月以内に何か予防接種を受けましたか 予防接種名 ()				はい・いいえ	
薬や食べ物で皮膚に発疹が出たり、からだの具合が悪くなったことがありますか 何で ()				ある・ない	
卵または鶏肉に対してアレルギーがありますか				ある・ない	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種名 ()				ある・ない	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか				はい・いいえ	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか				はい・いいえ	
【女性の場合】現在妊娠している可能性がありますか				はい・いいえ	
その他、健康上のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください(投薬状況など) ()					
医師の記入欄 以上の問診および診察の結果、 医師のサイン 今日の予防接種は(可能・見合わせる)					
予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか (はい ・ 見合わせます) 本人(もしくは保護者)のサイン					
使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種(予診)年月日			
	ml	実施場所 : 接種年月日 :			